438

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1908 — THÈSE — N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Vendredi 24 Juillet 1908, à 1 heure

PAR

Etienne PUJOL
Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DE LA

SPOROTRICHOSE

(Sporotrichose de l'Hypoderme)

Président : M. RECLUS, *professeur*

Juges { MM. TUFFIER, *agrégé*
LECENE, *agrégé*
OMBREDANNE, *agrégé*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
Henri JOUVE, Éditeur
15, Rue Racine, 15

1908

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	**M. LANDOUZY**
Professeurs	**MM.**
Anatomie	**NICOLAS**
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	BRISSAUD / DEJERINE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	QUENU
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	Gilbert BALLET
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	HAYEM / DIEULAFOY / DEBOVE / LANDOUZY
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	JOFFROY
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	LE DENTU / BERGER / RECLUS / SEGOND
Clinique ophtalmologique	De Lapersonne
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	PINARD / BAR / RICHEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN

Agrégés en exercice.

MM.

AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON (Fer.)	DUVAL (Pierre)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LŒPER	RENON
BROCA (André)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL, chef des travaux anat.
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (André)	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBE (Marcel)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 8 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions, émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

Mon meilleur ami

Faible gage de mon infinie reconnaissance.

A MA MÈRE

A MON FRÈRE PAUL

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

LE DOCTEUR JEAN-GERMAIN PUJOL

ET DE MON ONCLE

LE DOCTEUR ÉTIENNE PUJOL

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR RECLUS

Professeur de Clinique chirurgicale
Chirurgien de la Charité
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur

Qui nous fait l'honneur d'accepter
la présidence de cette thèse.

A NOS MAITRES
DE LA FACULTÉ DE MONTPELLIER

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

Pendant notre stage :

MESSIEURS LES PROFESSEURS DEBOVE
ET DIEULAFOY

Pendant notre externat :

MONSIEUR LE DOCTEUR REYNIER

Professeur agrégé, chirurgien de Lariboisière

MONSIEUR LE DOCTEUR SAVARIAUD

Chirurgien des hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR G. GUILLAIN

Médecin des hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR LEPAGE

Professeur agrégé,
Accoucheur de l'hôpital Boucicaut

MONSIEUR LE DOCTEUR JEANSELME

Professeur agrégé,
Médecin à l'hôpital Broca

MONSIEUR LE DOCTEUR DE MASSARY

Médecin des hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR HUDELO

Médecin de l'hôpital Tenon

Qui nous a conseillé le sujet de notre thèse

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DE LA SPOROTRICHOSE

(Sporotrichose de l'Hypoderme)

INTRODUCTION

Ayant eu l'occasion d'observer pendant notre année d'externat à l'hôpital Tenon deux malades atteints de sporotrichose (cas publiés par MM. de Massary, Doury et Monier-Vinard et par MM. Hudelo et Monier-Vinard que nous rapportons d'autre part) nous en avons profité pour faire de cette maladie, sur les conseils de notre maître, M. le Dr Hudelo, le sujet de notre thèse.

Nous en avons réuni toutes les observations parues jusqu'à la fin de l'année 1907 et de leur étude avons essayé d'en dégager les symptômes qui actuellement paraissent suffisamment constants pour se prêter à une description d'ensemble.

Nous ne décrirons que *la forme hypodermique* et nous comprendrons sous ce titre la forme nodulaire

hypodermique et la forme à grands abcès. Ce sont là les déterminations les plus habituelles de la sporotrichose.

Nous insisterons sur l'étude clinique et nous ne dirons des recherches de laboratoire que le nécessaire au contrôle du diagnostic.

Avant d'aborder notre sujet, nous avons nos meilleurs remerciements à adresser à M. Monier-Vinard, interne des hôpitaux. Au cours de ce travail ses conseils nous furent précieux par leur valeur et par leur nombre. Qu'il soit assuré de notre vive gratitude.

HISTORIQUE

La sporotrichose est une maladie de date récente mais elle prend tous les jours une place de plus en plus importante dans le cadre de la nosologie.

En 1898 Schenk, bientôt après Brayton (1899), Hektoen et Perkins (1900) décrivent les premiers cas de sporotrichose lymphangitique gommeuse. En 1903, de Beurmann et Ramond étudient le premier cas de sporotrichose gommeuse disséminée.

Bientôt les observations se multiplient. Dor, de Beurmann et Gougerot ; Danlos, Deroye et Gougerot ; Lesné et Monier-Vinard ; Gaucher et Monier-Vinard ; Rubens-Duval et Fage ; Laubry et Esmein ; Demoulin et Rubens-Duval ; H. Dominici et Rubens-Duval ; Brodier et Gastou ; Ravaut et Civatte ; Brissaud et Rathery ; Bonnet ; Danlos et Blanc ; de Massary, Doury et Monier-Vinard ; Launois et Lœderich ; Balzer et Galup ; Gaucher et Fouquet ; Morax et Carlotti ; Sicard, Bith et Gougerot ; Fage ; Druelle et Chadzinski ; Hudelo et Monier-Vinard ; F. Widal et A. Weil observent de nouveaux cas. D'anciennes observations de mycoses sont iden-

tifiées à la sporotrichose (cas de Nattan-Larrier et Loeper).

La sporotrichose est retrouvée à Lille, à Nancy, au Brésil, dans la République Argentine.

Au Brésil, Lutz et Splendore ont présenté à la fin de l'année 1907 au Congrès de Sao Paulo un mémoire sur « une mycose observée chez l'homme et le rat ».

Sur cinq observations humaines une seule est certaine, car elle a été vérifiée par la culture. Les cas rapportés rentrent dans la forme lymphangitique, gommeuse, ascendante et sont consécutifs à la blessure d'un doigt.

A Buenos-Ayres, Pedro-Balina et Marco-del-Pont, V. Greco observent de nouveaux cas dûs au sporotrichum Beurmanni. Dans le cas de V. Greco la mycose a commencé par le pied déterminant une lésion végétante dermo-épidermique au point d'inoculation puis est survenue une lymphangite gommeuse ascendante de la jambe.

Enfin Fontoynont et Carongeau étudient la sporotrichose à Madagascar.

Successivement, à côté des déterminations hypodermiques les plus fréquentes et musculaires, de nouvelles lésions sont découvertes :

Monier-Vinard décrit la forme *épidermique* « tricophytoïde ». De Beurmann et Gougerot observent une ulcération amygdalienne chronique ; Gastou et Brodier relatent un cas de laryngite papillomateuse ; Letulle et Debré décrivent l'*ulcère sporotrichosique*

de la muqneuse bucco-pharyngée (pharyngite sporotrichosique ulcéreuse). Monier-Vinard, par culture des crachats d'un malade atteint de sporotrichose cutanée, obtient d'abondantes cultures du parasite. Balzer et Galup ; Sicard, Bith et Gougerot ; Brocq et Fage ; Druelle et Chadzinski ont démontré la possibilité de lésions périostiques et osseuses.

Tout récemment chez un malade atteint de sporotrichose gommeuse disséminée et porteur d'une gomme sous-périostée du tibia, Widal et A. Weil ont pu, par l'hémo-culture, isoler du sang le parasite.

Définition. — La sporotrichose est une maladie infectieuse, spécifique, commune à l'homme et à certaines espèces animales (rat, 40 obs. de Lutz et Splendore ; — chien, obs. de Gougorot et Caraven). Elle est produite par un champignon de l'ordre des hyphomycètes dont les caractères culturaux sont maintenant bien établis.

Etiologie. — A) *Le parasite*. — A l'agent pathogène Matruchot et Ramond donnèrent en France le non *Sporotrichum Beurmanni*. Les divers sporotricha décrits S. Beurmanni, S. Schenkii, S. Dori sont très voisins. Ce champignon est formé d'un lacis de filaments mycéliens, longs, peu ramifiés, cloisonnés d'un diamètre de 2 μ. On trouve des spores de 3 à 5 μ isolées ou groupées en bouquet de 3 à 30 et pédicillées.

Dans la nature on rencontre le sporotrichum sur de nombreuses espèces végétales, en particulier sur le hêtre (Balrott 1858). De Beurmann et Gougerot

l'ont retrouvé sur la salade et l'ont cultivé sur ce légume et sur d'autres végétaux Lesné et Monier-Vinard l'ont cultivé sur courge, riz, haricot.

B. — *Modes d'invasion.* — L'infection humaine se fait sans doute par l'intermédiaire des végétaux parasités mais la porte d'entrée du parasite dans l'organisme passe très souvent inaperçue. Dans certains cas elle est manifestement *cutanée*, l'infection se faisant à la faveur de la plaie accidentelle D'après de Beurmann et Gougerot l'infection serait souvent *alimentaire*, l'inoculation pouvant se faire tout le long du tractus digestif.

ETUDE CLINIQUE DE LA SPOROTRICHOSE DE L'HYPODERME

Symptomes. — Il existe deux modes de début.

a) *Le début est insidieux.* — C'est par hasard que le malade constate les nodules dont il est atteint. En l'espace de quelques semaines peuvent apparaître successivement des nodosités sous-cutanées en nombre très variable, disséminées. Le plus souvent les gommes sporotrichosiques se produisent par *poussées*, en explosions multiples qui peuvent se répéter au cours de la maladie.

b) *Le début est apparent.* — Souvent c'est une ulcération au point d'inoculation qui est la première manifestation de la maladie.

On peut avoir un véritable « chancre sporotrichosique » (cas de de Beurmann et Gougerot, cas de V. Greco, etc.) sous forme d'une vaste excavation papillomateuse dont le centre est excavé et humide, suintant, en partie ulcéré ; les bords boursouflés sont verruqueux, squameux, secs, à pic du côté de l'ulcération, s'abaissant insensiblement en dehors. Autour une aréole rose violacée diffuse, large de plusieurs millimètres.

Dans certains cas c'est de un à trois mois après un traumatisme d'un doigt (par exemple) qu'un petit abcès froid se développe au point d'inoculation laissant une ulcération qui est très longue à se cicatriser (cas de Dominici et Rubers-Duval, cas inédit). Quelques jours ou quelques semaines après ce début local surviennent au-dessus plusieurs nodosités qui s'échelonnent du doigt vers la racine du membre dessinant le trajet des troncs lymphatiques.

Topographie. — Les nodules hypodermiques n'épargnent aucune région du corps. On les rencontre sur la face, le cou, le thorax, les flancs, les membres et ici la racine (épaule, cuisse, fesse) paraît plus fréquemment atteinte que l'extrémité inférieure (voir les différentes observations). On a noté des localisations sporotrichoriques au cuir chevelu, à la barbe (Milian), aux paupières (cas de Danlos et Blanc, de Morax et Carlotti). Un traumatisme a paru dans certains cas localiser l'apparition de la gomme soit comme première manifestation de la maladie, soit au cours même de la maladie (dans ce dernier cas le traumatisme localisant l'infection qui était en train de se disséminer par voie sanguine comme dans l'expérience classique de Max Schulter) (cas de de Beurmann et Gougerot. *Société médicale*, 1907, p. 310 ; de Fage, cas inédit).

Nombre. — Le nombre des éléments est très variable. Rarement unique il peut quelquefois être très considérable (97 dans le cas de Widal et A. Weil). Il est généralement supérieur à trois.

Dimensions. — Les dimensions aussi sont loin d'être fixes.

Du volume d'un pois ou d'une lentille, ils sont parfois perdus dans l'hypoderme, et l'on est obligé de les rechercher par une palpation attentive. D'autres fois ils sont assez volumineux pour modifier le relief des téguments et atteindre les dimensions d'une noix ou d'une mandarine. Plus rarement ils atteignent un volume supérieur : un abcès de l'aisselle contenait 500 grammes de pus (Dor).

Evolution de la gomme. — Suivons dans tous ses détails l'évolution de la gomme sporotrichosique. Nous étudierons :

a) La gomme ;

b) L'ulcération ;

c) Les auto-inoculations de surface donnant certaines formes dermo-épidermiques ;

d) La fistule ;

e) La cicatrice.

a) *La gomme.* — Il est à remarquer tout d'abord que la plupart des gommes qui apparaissent chez le même sujet semblent avoir une même allure clinique (même durée d'évolution, même tendance ou non à l'ulcération, etc.). Quoi qu'il en soit on peut reconnaître à l'évolution de la gomme trois stades ; nodosité indurée, ramollissement, abcès. Cette évolution se fait en moyenne en quatre à six semaines.

Au début la gomme petite est dure et indolore, roule sous la peau qui est normale à son niveau, non colorée. Le nodule plus gros est *rénitent.*

« Les nodules n'ont pas toujours des limites précises et sont plus ou moins infiltrés dans les tissus avoisinants. Leur consistance, d'abord assez ferme, devient ensuite plus molle et au sein d'un empâtement diffus apparaît au bout d'un temps plus ou moins long, une fluctuation franche qui s'étend peu à peu à toute la masse. A ce moment un véritable abcès hypodermique est constitué, les téguments qu'il soulève sont le plus souvent sains et ce n'est que très tardivement, au bout de deux, trois mois et parfois davantage que ceux-ci rougissent, s'amincissent, puis s'altèrent donnant issue au pus collecté » (Rubens-Duval et Monier-Vinard). MM. de Beurmann et Gougerot insistent sur un caractère qu'ils considèrent comme particulier à la gomme sporotrichosique, c'est le ramollissement central et superficiel cupuliforme.

L'évolution vers la suppuration et l'évacuation spontanée comme l'ont indiqué les premiers Rubens-Duval et Fage, et comme l'a constaté plus tard Bonnet (de Lyon) semble être subordonnée à la teneur du pus en éléments parasitaires. Cette évolution est loin d'être fatale. Parmi les cas observés il en est où certains nodules n'aboutissaient pas au ramollissement, et où au stade d'abcès fluctuant certaines gommes s'étaient immobilisées sans s'accroître.

Sous l'influence du traitement l'abcès peut s'enkyster, durcir mais s'il est trop volumineux il pourra persister de la fluctuation. Dans ce cas il est indi-

qué d'aider à sa disparition en ponctionnant avec une aiguille.

Durant toute son évolution la gomme sporotrichosique est *indolore*. Dans quelques cas rares elle pourra devenir sensible à la palpation et dans les mouvements musculaires. Autre caractère important : il n'existe *aucune adénopathie* dans le territoire lymphatique où siègent les abcès.

La pus sporotrichosique est *homogène*, visqueux, de couleur gris jaunâtre, parfois strié de sang. Il n'est pas fétide.

b) *L'ulcération.* — L'ulcération sprorotrichosique est spontanée ou succède à l'incision chirurgicale.

Cette ulcération a des dimensions variables, le fond est anfractueux, suintant, limité, par des bords irréguliers, épaissis, décollés, violacés. Tout autour une teinte rouge vif, diffuse. Des croûtes saillantes, rugueuses, épaisses, recouvrent ces ulcérations en sorte que leur aspect est celui de lésions tuberculeuses *ulcéro-croûteuses*. Par le pression on peut faire sourdre de dessous des gouttelettes d'un pus visqueux.

L'aspect est quelquefois celui de lésions *ecthymatiformes* à peine saillantes, avec croûte centrale vaguement arrondie à bords irréguliers ; la peau tout autour est légèrement tuméfiée, rose, violacée, quelquefois décollée, suivant les régions. Sous la croûte épaisse recouvrant et obturant l'ulcération centrale l'abcès peut persister au-dessous. Cette persistance

d'un abcès torpide au-dessous d'une incrustation semble assez spéciale à la sporotrichose.

Dans d'autres cas, surtout à la suite d'incisions, l'ulcération peut être arrondie, *syphiloïde* d'aspect.

c) *Lésions dermo-épidermiques.* — Autour d'une gomme ulcérée qui se cicatrise, il peut se produire une auto-inoculation de la peau sous forme de petites papulo-pustules péripillaires de 3 à 5 millimètres de diamètre, centrées d'un petit point purulent vite désséché et cerclé d'une aréole rose violacé, diffuse.

De ces pustulettes dermo-épidermiques les unes persistent longtemps surmontées de leur croûtelle jaunâtre desséchée ; d'autres qui n'ont pas été jusqu'à la vésiculation restent au stade papule et persistent sous forme d'un petit mamelon saillant à peine, rosé et dur. Ces petits éléments plus ou moins nombreux, isolés les uns des autres, essaimés autour d'une gomme ulcérée qui se cicatrise, rappellent la disposition en grains de plomb des syphilides (de Beurmann et Gourgerot).

On observe d'autres lésions épidermiques autour des gommes sporotrichosiques ouvertes et correspondant sans doute à des auto-inoculations de surface. Monier-Vinard a décrit la *forme épidermique tricophytoïde* : les lésions sont soit tout à fait superficielles, n'intéressant que la couche cornée et provoquant une desquamation furfuracée pityriasique, soit plus profondes et déterminant la vésiculation du

corps muqueux de Malpighi. Les vésicules sont souvent groupées suivant des cercles ou des segments de cercle qui s'étendent excentriquement, en sorte que l'ensemble de la lésion est tout à fait comparable à celui d'une plaque de tricophytie cutanée (Gaucher).

d) *La fistule.* — La gomme sporotrichosique laisse plus fréquemment un pertuis fistuleux qu'une ulcération. Cette fistule par laquelle la pression fait sourdre généralement des gouttelettes de pus est à *bords violacés*, *très foncés*, souvent décollés.

e) *La cicatrice.* — La cicatrice des gommes sporotrichosiques peut être *petite*, *souple*, *lisse*, *blanche*, à peine visible quand elle succède à une fistule. Il faut la rechercher avec soin pour la découvrir ; la peau est généralement gaufrée à sa surface ; ses contours sont mal délimités. A la palpation on trouve, souvent un *reliquat d'infiltration* périphérique et le *centre* apparaît déprimé comme s'il présentait une petite cavité dans la profondeur du derme. Dans le cas où la gomme a laissé une ulcération de la peau, les cicatrices sont quelquefois identiques aux cicatrices des gommes syphilitiques ; elles en ont la presque régularité, la surface lisse, la forme régulièrement arrondie. « Leur couleur rouge violacé qui persiste longtemps, leur multiplicité, la présence de varicosités capillaires à leur surface, l'existence de grains jaunâtres, gomme-gutte à leur surface, permettent la différenciation » (Milian).

A côté de ces cicatrices lisses, plates, on rencon-

tre aussi *des cicatrices boursouflées et rouges, d'aspect chéloïdique.*

Dans le cas où la gomme a presque totalement disparu sans ouverture cutanée il peut persister comme reliquat sur le tégument une pigmentation brunâtre analogue à celle d'une ecchymose en voie de disparition.

Quelquefois la dépression centrale cratériforme d'un abcès se comble la première, se cicatrise, mais à son pourtour de petits abcès se forment, s'évacuant et se refermant lentement.

Etat général

L'état général du malade atteint de sporotrichose *de l'hypoderme* reste bon malgré le nombre souvent considérable de gommes dont il peut être couvert.

FORMES

I. — Formes d'après la localisation. — Avec Rubens-Duval et Monier-Vinard on peut prendre pour base de la classification des formes cutanées de la sporotrichose la localisation anatomique de la lésion et décrire :

1° La forme hypodermique ;

2° La forme dermique primitive ;

3° Les ulcérations sporotrichosiques ;

4° Les localisations épidermiques.

Nous ne nous occuperons que de la forme hypo dermique.

Cette forme hypodermique présente à considérer deux types distingués l'un de l'autre par la dimension des foyers : la forme nodulaire hypodermique et la forme à grands abcès sous-cutanés.

1° *Forme nodulaire hypodermique.* — Cette forme comprend deux types :

a) L'un répond à la *forme gommeuse disséminée de de Beurmann.* Les éléments nodulaires sont disséminés çà et là dans l'hypoderme des régions les plus diverses du revêtement cutané.

b) D'autres fois il existe une systématisation régio-

nale et lymphatique des abcès ; la lésion élémentaire gomme sporotrichosique est toujours la même, mais les abcès sont distribués selon le trajet des lymphatiques. Ce type répond à la *forme lymphangitique de Schenk*. Elle est tout à fait comparable à la lymphangite tuberculo-gommeuse de Bazin qu'elle simulerait facilement sans la recherche sur lame de l'inoculation du bacille de Koch.

Dans certains cas les gommes cliniquement indépendantes les unes des autres sont simplement distribuées suivant le trajet anatomiquement connu des vaisseaux lymphatiques ; d'autre fois la lymphangite est cliniquement mise en évidence par l'engorgement appréciable des vaisseaux lymphatiques eux-mêmes, en sorte qu'alors les gommes sont unies les unes aux autres par un cordon plus ou moins gros de lymphangite noueuse. Cette deuxième variété est de beaucoup la plus fréquente.

Dans cette forme lymphangitique les ganglions lymphatiques ainsi que l'ont remarqué Lesné et Monier-Vinard ne présentent aucune modification appréciable. Cependant dans le cas d'infection secondaire on pourra noter de l'adénopathie dans le territoire lymphatique où siègent les abcès.

2° *Forme à grands abcès* — Ici l'évolution des abcès est lente et simule les abcès froids tuberculeux. La malade de Dor présenta vingt-trois abcès dont l'un contenait un demi-litre de pus.

Ce qui fait la caractéristique de cette forme et du malade de Dor en particulier c'est que *tous* les

abcès du malade sont volumineux mais on sait qu'il existe quelquefois de grands abcès chez des malades atteints de sporotrichose nodulaire.

II. — Formes d'après la durée. —Nous distinguerons :

Des *formes moyennes* où l'évolution de la gomme depuis le stade de nodule induré jusqu'à l'ulcération est de quatre à six semaines ;

Des formes rapides où l'ulcération se produit en quinze jours ;

Des *formes torpides* où l'évolution dure, deux, trois mois et parfois davantage.

DIAGNOSTIC

1° Diagnostic clinique. — En présence d'un malade dont l'état général est bon et qui présente des nodules hypodermiques apparus presque simultanément, en explosions multiples, indolents, disséminés en tous points du corps ou disposés en traînée lymphangitique, sans adénopathie, on doit songer à la sporotrichose.

Un diagnostic différentiel doit être discuté pour chacune des formes.

a) Dans la *forme gommeuse disséminée de de Beurmann* le diagnostic se pose tout particulièrement avec les manifestations de la syphilis tertiaire gommeuse et de la tuberculose cutanée.

En tant que lésion locale les gommes syphilitiques, tuberculeuses et sporotrichoriques, ont bien des caractères communs.

Les *gommes syphilitiques* sont de volume variable, généralement unique ou peu nombreuses, avec des sièges d'élection bien connus, les membres inférieurs surtout.

Au niveau de la gomme syphilitique crue la peau est normale d'aspect, sans modification de coloration.

En se ramollissant la gomme syphilitique change peu à peu de volume et de plate ou arrondie, devient acuminée. Son évacuation laisse échapper une sérosité épaisse et jaunâtre.

A la période d'ulcération on trouve une cavité à bords fermés et infiltrés nettement taillés dans l'épaisseur de la peau et de la tumeur elle-même, avec aréole d'un rouge vineux ou brunâtre. Cet ulcère ordinairement arrondi, souvent profond, cratériforme repose sur une tumeur dure ; son fond, inégal et déchiqueté, est constitué par la masse caséeuse formant le *bourbillon gommeux*, masse adhérente, blanchâtre ou jaunâtre dans laquelle on peut saisir avec une pince des filaments de tissu dégénéré.

La cicatrice est régulière, ronde ou polycyclique comme l'ulcération elle-même, blanche, lisse ou un peu gaufrée, restant souvent pigmentée à sa périphérie.

La *gomme scrofulo-tuberculeuse* se rencontre dans les régions sous-maxillaire, aux aines, aux aisselles.

Les téguments à leur niveau sont d'un rouge livide et adhérent promptement à la masse tuberculeux. Elles sont d'ordinaire moins disséminées que les gommes sporotrichosiques, acccompagnées d'adénopathies.

Une fois ouvertes elles laissent écouler un pus séro-grumeleux. Après cette évacuation la peau est amincie, flottante sur le fond de l'ulcère avec des décollements plus ou moins étendus.

Les cicatrices sont irrégulières, saillantes, quelquefois chéloïdiennes.

Il ne saurait être tiré argument contre la possibilité d'une sporotrichose du fait que le malade est déjà tuberculeux ou syphilitique avéré.

A côté de la tuberculose et de la syphilis une série d'autres affections peuvent présenter cliniquement une certaine similitude avec les gommes sporotrichosiques soit à la période de nodosité indurée, soit à la période d'ulcérations.

Nous ne ferons que les énumérer : la sarcoïde sous-cutanée de Darier-Rouny, les sarcomatoses et sarcoïdes de Kaposi, la neuro-fibromatose de Recklinghausen, le kyste sébacé, les fibromes de toute nature, la ladrerie, la micro-lipomatose généralisée, les abcès sous-cutanés chroniques surtout fréquents chez les nourrissons débiles, les abcès chroniques mycosiques, l'actinomycose cutanée, les cancers, etc.

b) Dans la *forme lymphangitique de Schenk* le diagnostic sera à discuter avec la lymphangite tuberculo-gommeuse de Bazin.

La coïncidence d'autres nodules sur le corps sera en faveur de la sporotrichose ; les cultures et l'examen du pus feront le diagnostic.

2° Diagnostic par les procédés du laboratoire. — Le diagnostic de sporotrichose doit toujours être confirmé par les recherches du laboratoire.

L'examen extemporané du pus d'un abcès sporotrichosique étalé sur lame, fixé et coloré *peut* montrer de petits éléments ovoïdes plus colorés aux deux

extrémités qu'au centre, conformés en navette (Lesné et Monier-Vinard).

Le pus, conservé à la température ordinaire du laboratoire dans un tube stérilisé bouché à l'ouate et non capuchonné ne se sédimente pas, et le parasite, loin de disparaître de ce milieu, s'y multiplie au contraire abondamment. On conçoit l'intérêt pratique de cette particularité grâce à laquelle, à défaut de recherches microbiologiques immédiates, la preuve d'une sporotrichose soupçonnée peut être faite très tardivement si l'on a eu soin de conserver le pus suspect.

Le sporotrichum pousse sur tous les milieux usuels, mais c'est sur la gélose maltosée de Sabouraud qu'il acquiert ses caractères différentiels les plus accusés.

Les tubes ensemencés ne doivent pas être capuchonnés et sont laissés à la température ordinaire du laboratoire.

En moyenne, sept jours après l'ensemencement, les colonies apparaissent sous forme de petites élevures arrondies, blanchâtres qui ne tardent pas à noircir à leur centre. Elles s'étendent rapidement. Leur centre surélevé et circonvolvé devient noirâtre, leur périphérie s'étalant en une nappe blanchâtre parfois bordée d'un liséré brun.

Le diagnostic de sporotrichose peut encore être confirmé par les résultats expérimentaux obtenus chez les animaux à la suite d'*inoculation* de pus. *Anatomie pathologique* (V.obs. XXVII).

3° Diagnostic par le traitement. — La tubercu-

lose n'est influencée par aucun agent médicamenteux, la sporotrichose guérit par l'iodure et la syphilis par le mercure. On sait que l'actinomycose peut guérir également par l'iodure. Il faudra donc se garder de cette cause d'erreur.

PRONOSTIC

La sporotrichose est une maladie dont la gravité ne paraît pas être extrême.

Cependant les récentes constatations de lésions viscérales, osseuses, périostées, la possibilité des contagions, l'infection secondaire possible des ulcérations, la moindre résistance de l'organisme ne permettent pas de porter un pronostic trop bénin.

Il faut penser aussi à la lenteur de la guérison spontanée des accidents, aux cicatrices parfois difformes, chéloïdiennes, qu'ils laissent comme trace.

TRAITEMENT

L'iodure de potassium à la dose de 2 à 3 grammes par jour à l'intérieur constitue un traitement remarquablement efficace et devra être prolongé au moins quelques semaines après la guérison apparente.

Dans le cas d'intolérance de la part du malade on pourra prescrire avec moins de chance de succès le sirop d'iodure de fer ou la teinture d'iode à l'intérieur à la dose moyenne de vingt gouttes par jour.

L'incision chirurgicale des abcès doit être repoussée car à la suite de cette intervention les bords de la plaie peuvent s'inoculer et devenir le siège de nouveaux petits abcès. Lorsque l'iodure n'aura pas d'action rapide on pourra aider à la disparition de l'abcès par la ponction à l'aide d'une aiguille.

On a conseillé les injections intra-musculaires de Lipiodol, combinées à des injections dans les cavités gommeuses de liqueur de Gram ou de Lugol.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Résumée)

(Schenk *Johns Hopkins. — Hospital medical bulletin*, 1898.)

Il s'agit d'abcès nombreux des articulations métacarpo-phalangiennes de la main et de l'avant-bras consécutifs à une blessure de l'index. Une ligne d'induration suit le dos de la main et de l'avant bras parsemée ça et là de points plus ramollis.

Le pus renferme du sporotrichum Schenkii.

OBSERVATION II (Résumée)

(Brayton. — *Indianopolis medical journal*, 1899.)

Série d'abcès chroniques à contenu gélatineux qui vont du doigt au coude et consécutifs à une plaie accidentelle du doigt.

OBSERVATION III (Résumée)

(Hektoen et Perkins. — *Journal of experimental medicine*, 1900.)

Blessure du doigt et consécutivement ulcérations et abcès le long des lymphatiques à l'avant-bras. Abcès très nombreux. Les cultures donnent du sporotrichum Schenkii.

OBSERVATION IV (Résumée)

(De Beurmann et Ramond. — *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1903' p. 678.— *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1906, p. 846.)

Tumeurs hypodermiques disséminées partout sans ordre, nombreuses. Elles apparurent successivement, sans cause appréciable, sans traumatisme. Guérison par l'iodure.

OBSERVATION V (Résumée)

(De Beurmann et Gougerot. — *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1906, p. 844.)

Nodosités gommeuses sous-cutanées, non ramollies, disséminées. En tout dix « tumeurs » roulant sous la peau, indolores sans retentissement sur l'état général. Les cultures ont donné du sporotrichum Beurmann ; guérison rapide par le traitement ioduré.

OBSERVATION VI (Résumée)

(De Beurmann et Gougerot. — *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1903, p. 847.

Gommes nombreuses ramollies et abcédées indolores sans tendance à l'ouverture spontanée. Deux gommes ouvertes chirurgicalement sont ulcérées. Etat général bon.

OBSERVATION VI *bis* (Résumée)

Danlos, Deroye et Gougerot. — *Bulletin de la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1907, p. 19.)

Même malade que dans l'observation précédente.

Nouvelles gommes sous-cutanées. Sur la face antérieure de la cuisse droite quatre nodosités dures échelonnées le long des lymphatiques ébauchent la forme lymphangitique gommeuse ; sur la jambe, cicatrices pigmentées d'anciens abcès ulcérés ou incisés.

Régression des lésions par le sirop d'iodure de fer.

OBSERVATION VII (Résumée)

(Nattan-Larrier et Lœper. — *Les Cliniques médicales de l'Hôtel-Dieu*

Apparition sans causes appréciables en deux poussées successives de petits abcès indolents sur la paroi thoraco-abdominale et sur les bras. Les uns sont dermiques, d'autres hypodermiques, d'autres profonds.

L'examen du sang dénote une polynucléose marquée,

Le parasite était indéterminé. De Beurmann et Gougerot ont pu l'identifier au sporotrichum Beurmanni.

OBSERVATION VIII (Résumée)

(Dor. — *Presse médicale*, 15 avril 1906)

La malade avala une épingle d'acier dont l'extraction fut assez difficile et produisit des écorchures de la muqueuse du pharynx. Trois semaines après cet accident apparurent successivement des abcès sous-cutanés multiples et tous *volumineux*. L'un contenait un demi-litre de pus.

Les cultures donnèrent du sporotrichum Dori.

OBSERVATION IX (Résumée)

(De Beurmann et Gougerot. — *Bulletin de la Société de Dermatologie et de Syphiligrapie*. Séance du 7 mars 1907, p. 84.)

Petites tumeurs mobiles sous la peau et indolores, disséminées. Ulcération spontanée, laissant écouler un liquide louche, filant, jaunâtre et sanguinolent. Sporotrichum Beurmanni.

OBSERVATION X (Résumée)

(Lesné et Monier-Vinard. — *Société médicale des Hôpitaux*, 1907, p. 268)

Abcès sous-cutanés multiples disséminés, indolents, durs. L'un d'eux incisé laisse une cicatrice boursouflée et rouge, d'aspect chéloïdique.

Guérison par l'iodure de potassium.

OBSERVATION XI (Résumée)

(De Beurmann et Gougerot. — *Société médicale des Hôpitaux*, 1907, p. 309).

Plusieurs nodosités sous-cutanées apparues sans cause bien appréciable s'ulcèrent spontanément et prennent l'aspect de lésions ecthymatiformes.

Un petit nodule apparaît au dos de la main à la suite d'une contusion sans éraillure épidermique survenue *la veille*.

Le malade est revu plus tard. Il présente de la lymphangite gommeuse ascendante née de la gomme de la main non encore ulcérée.

Autour d'une gomme ulcérée qui se cicatrise, auto-inoculation de la peau donnant une variété de forme dermo-épidermique (papulo-pustules péripilaires de 3 à 5 millimètres de diamètre).

OBSERVATIONS XII et XIII (Résumées)

(Monier-Vinard. — Présentées par M. Gaucher à la Société médicale des Hôpitaux, séance du 26 avril 1907. *Bulletin*, p. 353.)

I. — Apparition presque simultanée de treize abcès disséminés. Quelques-uns s'évacuèrent spontanément donnant issue à un pus jaunâtre très consistant.

Au niveau des régions temporales et pariétales, deux peti-

tes lésions dermiques d'aspect inoculaire. Pas d'adénopathie des ganglions correspondants.

II. — Nodosités sous-cutanées disséminées dont la durée totale d'évolution depuis l'apparition jusqu'à la cicatrisation fut de trois à quatre mois.

Aux plis du coude six à huit abcès de chaque côté se sont régulièrement disposés parallèlement à l'axe du membre, à faible distance les uns des autres, réunis entre eux par un cordon noueux lymphangitique.

Le malade présentait en outre des formes dermiques et la forme épidermique « trichophytoïde ».

On trouva du sporotrichum dans les crachats.

OBSERVATION XIV (Résumée)

(Rubens-Duval et Fage. — Société médicale des Hôpitaux, Séance du 3 mai 1907.)

Les gommes dont était atteint le malade présentaient ceci de particulier qu'elles évoluaient vers l'ulcération spontanée.

OBSERVATION XV (Résumée)

(Laubry et Esmein. — Société médicale des Hôpitaux, mai 1907.)

C'est un cas de sporotrichose sous-cutanée et cutanée. Le malade, porteur d'une cirrhose alcoolique du foie, a le tégument recouvert d'une trentaine d'abcès qui avaient été pris pour des pyodermites.

Le malade ne pouvant pas supporter l'iodure, on fit des injections d'huile iodée, bien tolérées.

OBSERVATION XVI (Résumée)

(De Beurmann et Gougerot. — Société médicale des Hôpitaux, séance du 7 juin 1907.)

Chez un ancien syphilitique, association de sporotrichose et de tuberculose à localisations multiples ganglionnaire et cutanée. Granulie rapidement mortelle à prédominance méningée.

Ce malade présentait trois lésions : abcès froid angulo-sous-maxillaire tuberculeux, gomme crurale sporotrichosique, placard verruqueux à la face postérieure et externe de la jambe droite ressemblant à de la tuberculose de Riehl et Paltauf.

OBSERVATION XVII (Résumée)

(De Beurmann et Gougerot. — Société médicale des Hôpitaux, séance du 7 juin 1907. *Bulletin*, p. 596.)

Le malade a une vaste ulcération au milieu du front, lésion initiale porte d'entrée (chancre sporotrichosique) d'où divergent à droite et à gauche un chapelet de gommes dures ou abcédées échelonnées de la racine du nez au tragus (lymphangite gommeuse centripète). Il a en outre à droite au-dessous de l'oreille un placard verruqueux. Il porte aussi deux petites lésions dermo-épidermiques récentes (lésions secondaires).

OBSERVATION XVIII (Résumée)

(De Beurmann et Gougerot. — Société médicale des Hôpitaux, 26 juillet 1907. *Bulletin*, p. 950.)

C'est un cas de sporotrichose lymphangitique gommeuse ascendante localisée au bras. C'est par une lésion à la face antérieure du poignet qu'a eu lieu vraisemblablement l'inoculation.

On note sur la face antérieure de l'avant-bras de petites vésico-pustules *entourées d'un cercle erythémateux*.

OBSERVATION XIX (Résumée)

(Demoulin et Rubens-Duval. — *Gazette des Hôpitaux*, 13 août 1907, n° 92.)

Le malade était atteint d'un gonflement de l'avant-bras droit survenu sans cause appréciable et de petites nodosités siégeant sur le bras et l'avant-bras droit qui étaient apparues postérieurement.

Le type clinique réalisé ici était comparable aux observations américaines de Schenk, Brayton, etc.

La guérison fut complète par l'iodure.

OBSERVATION XX (Résumée)

(Ravaut et Civatte. Congrès français de Médecine. Paris, 14-16 octobre 1907.)

La malade présentait des ulcérations et une gomme ayant

tous les caractères de manifestations tuberculeuses. Les ulcérations se cicatrisèrent sous l'influence de l'iodure. Une phlébite survint sans cause appréciable. Peut-être s'agit-il d'une manifestation de même nature.

OBSERVATION XXI (Résumée)

(Brissaud et Rathery. — Congrès français de Médecine. Paris, 14-16 octobre 1907.)

C'est le premier cas de sporotrichose intra-musculaire. l'affection a évolué en quatre poussées caractérisées par des phénomènes généraux. Les gommes s'ulcérèrent.

OBSERVATION XXII (Résumée)

(Dominici et Rubens-Duval. — Société médicale des Hôpitaux. Séance du 25 octobre 1907, *Bulletin*, p. 1055).

C'est un cas de sporotrichose de l'index avec une lymphangite sporitrichosique consécutive.

OBSERVATION XXIII (Résumée)

(Brodier et Gastou. — Société médicale des Hôpitaux. Séance du 25 octobre 1907.)

Cas de sporotrichose gommeuse disséminée avec *lésions laryngées*.

OBSERVATION XXIV (Résumée)

(Bonnet. — *Annales de Dermatologie*, 1907, p. 680.)

Le malade présentait des ulcérations ; deux abcès assez gros occupant le tissu sous-cutané donnant l'impression d'abcès froid et de petites gommes, ulcérées ou non, éveillant l'idée soit de gommes scrofuleuses soit parfois d'ecthyma.

OBSERVATION XXV (Résumée)

(Danlos et Blanc. — Société médicale des Hôpitaux. Séance du 13 décembre 1907, *Bulletin*, p. 1450.)

Cas de sporotrichose palpébrale. Le malade porte une petite tumeur sur la paupière inférieure gauche. Cette tumeur suppure par quatre fistules. On note encore sur la face dorsale du poignet droit une tuméfaction de nature indéterminée.

OBSERVATION XXVI

(De Massary, Doury et Monier-Vinard. — Société médicale des Hôpitaux. Décembre, 1907. *Bulletins*, p. 1526.)

Le nommé R..., âgé de quarante-neuf ans, menuisier, entre salle Axenfeld le 24 octobre 1907, porteur de deux petites tumeurs siégeant l'une à la face postérieure du bras, l'autre à la partie antérieure du poignet et d'une tuméfaction douloureuse du cou-de-pied.

Antécédents héréditaires. — Père mort à soixante ans d'un chaud et froid après une courte maladie (un mois) au cours de laquelle il aurait craché un peu de sang.

Mère, soixante-seize ans, bien portante.

Un frère et deux sœurs bien portants.

Pas de tousseurs dans la famille, pas de maladies analogues à la sienne.

Antécédents personnels. — Pas de maladies graves dans l'enfance ou l'adolescence. Ni adénopathies, ni abcès, ni affections articulaires.

Une blennorragie à l'âge de seize ans.

Le malade a fait son service militaire.

Depuis cette époque il jouit d'une bonne santé habituelle, mais tousse un peu tous les hivers.

En somme, dans ses antécédents, on ne relève aucune manifestation tuberculeuse avérée, ni aucun antécédent syphilitique.

Histoire clinique. — Le malade était entré au mois d'août dernier à Tenon pour emphysème. Au bout d'une quinzaine de jours on le renvoya et il reprit son travail. Mais assez rapidement il se mit à éprouver une fatigue douloureuse du pied droit après avoir manœuvré la scie circulaire à pédale. Puis comme il avait l'habitude de dormir couché sur son bras droit, il s'aperçut de la présence sur la face postérieure de ce bras d'une petite nodosité de la grosseur d'une noisette environ. Une tumeur semblable fit bientôt son apparition sur le poignet correspondant. Ces petites tumeurs étaient douloureuses au contact et devenaient douloureuses spontanément lorsque le malade varlopait.

Le 24 octobre 1907, le malade se décide à entrer à l'hôpital

pour ces tumeurs, que des applications de teinture d'iode n'avaient pu réussir à modifier.

A son entrée, le malade présente quatre ordres de lésions :

1° Une tumeur du volume d'un œuf de pigeon en voie de ramollissement, siégeant à la face postérieure du bras, en plein triceps, complètement indépendante des plans superficiels et donnant l'impression d'une gomme intra-musculaire ;

2° Une tumeur plus petite, du volume d'une noisette siégeant à la face antérieure du poignet droit et à quatre travers de doigt au-dessus de l'interligne radio-carpien. Elle est en voie de ramollissement encore plus marquée que la précédente et entourée d'une zone de lymphangite qui remonte jusqu'à la partie moyenne de l'avant-bras. Il existe un ganglion épitrochléen très net. La tumeur, autant que permet d'en juger l'existence de ces phénomènes inflammatoires, semble indépendante des gaines synoviales et des tendons sous-jacents ;

3° Une tuméfaction douloureuse du cou-de-pied, surtout marquée à la face antérieure et au-dessous de la malléole interne. Les mouvements et la palpation réveillent les douleurs.

4° A l'examen du poumon droit au sommet, on trouve à la partie moyenne de la fosse sus-épineuse une zone de matité, où l'auscultation révéle une respiration rude et quelques craquements humides plus marqués après la toux.

L'examen des autres appareils ne révèle rien d'anormal. Le malade digère bien, ne présente pas de lésions cardiaques, pas de troubles nerveux, pas de troubles urinaires.

On note seulement dans l'épididyme, du côté droit, un noyau induré qui est peut-être le vestige d'une orchi-épidi-

dymite qu'aurait présentée le malade à l'âge de vingt-neuf ans et consécutive à une chute sur une chaise.

Voici quelle fut l'évolution des lésions décrites plus haut :

1° La gomme du bras droit fut ponctionnée le 28 octobre, et le pus retiré, ensemencé sur gélose maltosée, donna naissance à des colonies typiques de sporotrichum au bout d'une dizaine de jours de séjour à l'air libre.

Le 29 novembre, elle fut enlevée chirurgicalement, après anesthésie locale à la stovaïne. Elle siégeait bien en plein tissu musculaire. avait le volume d'un œuf de pigeon et contenait une dizaine de centimètres cubes de pus ;

2° La tumeur du poignet s'ouvrit spontanément dans les premiers jours de novembre.

L'ulcération, régulière, du volume d'une lentille, resta fistuleuse une dizaine de jours puis se ferma complétement.

Au début de décembre, on voit se reformer un peu de pus et la fistule se rétablir pendant quelques jours. A son niveau l'adhérence au plan tendineux semble très minime ;

3° La tuméfaction du cou-de-pied était due, d'après M. Legueu, non pas à de la synovite, mais à des points osseux astragaliens, ainsi que le révélait la pression profonde, douloureuse au-dessous des malléoles et sur le col de l'astragale.

Cette tuméfaction disparut peu à peu vers le 20 novembre pour reparaître dans les premiers jours de décembre. Elle est actuellement en voie de résolution à la suite du repos imposé au malade ;

4° Les signes pulmonaires ne se sont pas accentués sous l'influence du traitement ioduré donné le 12, le 13 et le 14 décembre et suspendu par suite de l'intolérance du malade.

L'examen des crachats, pratiqué à de nombreuses repri-

ses, n'a jamais révélé la présence de bacilles de Koch, même après le traitement ioduré.

L'oculo-réaction à la tuberculine a été complètement négative ; la solution de tuberculine employée avait cependant une activité certaine car pour contrôle, elle provoqua des réactions très nettes chez deux tuberculeux.

D'autre part, l'ensemencement des crachats sur gélose maltosée, pratiqué à diverses reprises sur une douzaine de tubes, n'a jamais donné naissance à aucune colonie de sporotrichum.

Recherches de laboratoire (Résumé). — Des ensemencements furent pratiqués sur des tubes contenant des milieux de Sabourand liquides et solides. Le pus provenait de la gomme situéedans l'épaisseur du muscle triceps. Les tubes non capuchonnés et en dehors de l'étuve présentèrent dès le huitième jour des colonies qui formèrent sur les milieux solides de petites taches jaunâtres arrondies, d'abord planes puis soulevées et qui les jours suivants prirent la teinte brun noirâtre habituelle.

Au microscope, le parasite présentait les formes que l'on connaît : filaments mycéliens, longs, peu ramifiés, cloisonnés à d'assez larges intervalles, supportant des conidies latérales et couronnées à leurs extrémités par un bouquet de spores.

Les frottis sur lames pratiqués avec du pus frais ont montré de nombreux polynucléaires neutrophiles, très altérés pour la plupart. Les noyaux sont transformés en masses chromatiques arrondies, qui ne sont plus reliées par des filaments connectifs. Il y a en outre d'assez nombreux macrophages, présentant des altérations du même ordre.

En résumé sur les quatre lésions que présentait le malade une seule est incontestablement due au sporotrichum ; c'est l'abcès profond, d'apparence gommeuse siégeant en plein muscle triceps brachial. La gomme sous-cutanée, ouverte spontanément sur la face antérieure du poignet, est probablement elle aussi causée par le sporotrichum, il faut cependant noter qu'elle s'accompagnait, même avant son ouverture d'une poussée de lymphangite avec adénite sus-épitrochléenne ; ce fait serait exceptionnel d'après Lesné et Monier-Vinard (1) dans la sporotrichose sous-cutanée ; mais il ne peut suffire à faire rejeter ce diagnostic.

Quant aux autres lésions osseuses et pulmonaires, elles sont peut-être dues au sporotrichum mais peut-être aussi au bacille de la tuberculose.

OBSERVATION XXVII

(Hudelo et Monier-Vinard, avec la collaboration de MM. Braun et E. Merle. — Société médicale des Hôpitaux. Séance du 12 juin 1908.)

Localisations hypodermiques, intra-musculaires et probablement synoviales

D..., âgé de trente-huit ans, chauffeur, se présente le 12 mars 1908 à notre consultation dermatologique de l'hôpital Tenon, parce qu'il a remarqué l'apparition d'un certain

1. Lesné et Monier-Vinard. « Sporotrichose sous-cutanée ». *Soc. méd. des Hôpitaux*, 15 mars 1907.

nombre de grosseurs à la surface du corps ; il attire en particulier l'attention sur celles qui existent au thorax et au bras gauche.

Antécédents héréditaires. — Mère bien portante, âgée de soixante-deux ans ; père mort à soixante ans, de bronchite ; une sœur morte à trente-quatre ans : deux sœurs et un frère en bonne santé.

Antécédents personnels. — Scarlatine et variole dans l'enfance ; fluxion de poitrine à neuf ans.

En 1900, le malade a été soigné pour une affection pulmonaire qui aurait duré cinq mois environ ; en 1901, au cours d'un voyage en Amérique, il eut une hémoptysie ; rentré en France, il fut considéré comme atteint de tuberculose pulmonaire et envoyé dans un sanatorium où au dire du malade on aurait trouvé quelques bacilles de Koch dans ses crachats. Depuis 1902, le malade ne présente aucun trouble de l'appareil respiratoire et sa santé générale est redevenue très bonne.

En 1906, toutefois, il a souffert de légères douleurs rhumatismales.

Il est marié, a cinq enfants vivants et bien portants ; une fillette est morte de méningite.

Pas de syphilis dans les antécédents.

Début de la maladie actuelle. — Quinze jours environ avant son entrée à l'hôpital, D... ressentit quelques douleurs vagues dans les membres ; un médecin consulté ordonna des frictions à l'alcool camphré sur tout le corps.

C'est en faisant ces frictions qu'il s'aperçut de la présence des grosseurs ; il les montra à son médecin qui lui prescrivit des frictions à l'onguent napolitain. Ce traitement

n'ayant pas modifié ses lésions, le malade se présenta à notre consultation.

Etat du malade le 12 mars 1908. — D... est un homme grand, bien constitué, bien musclé, non amaigri, très vigoureux.

Les nodosités sur lesquelles il attire l'attention sont au nombre de cinq.

Un premier nodule siège au bras gauche, faisant un relief très sensible sous la peau de la partie inféro-interne du bras. Le tégument qui a sa couleur normale, glisse facilement au-dessus de ce nodule qui est *inclus dans l'épaisseur du biceps*, car la mise en contraction de ce muscle empêche le déplacement qu'on pouvait imprimer à la tumeur quand le biceps était relâché. Ce nodule a le volume d'une grosse noix sa forme est ovoïde. le grand axe se trouvant parallèle à celui du membre. Il est régulier, sans bosselure réintente. Complètement indolent à la palpation, il provoque cependant une certaine gêne dans les mouvements de flexion de l'avant-bras sur le bras.

Les quatre autres nodules sont *hypodermiques*. Ils sont disséminés à grande distance les uns des autres, dans les régions thorocique, lombaire et abdominale. Tous ces éléments sont exactement situés dans l'hypoderme ; leur volume est environ celui d'une noisette ; la peau à leur niveau est légèrement soulevée et le pincement des téguments montre que les plans superficiels adhérent à la plupart de ces éléments.

La consistance de ces tumeurs est ferme, élastique ; la palpation est à peu près indolente. On note une légère rougeur au niveau du nodule de la région lombaire.

Les ganglions des territoires correspondants ne sont pas perceptibles sauf toutefois dans l'aisselle droite où sont quelques ganglions petits, durs et indolents.

L'examen des autres appareils ne révèle rien de spécial.

Depuis quelques jours le malade rejette quelques crachats muqueux, mais l'examen physique ne permet pas de déceler de signes probants de tuberculose pulmonaire, d'ailleurs l'examen de ces crachats, répété à plusieurs reprises, n'a jamais permis de constater la présence de bacilles de Koch.

En raison de la multiplicité et de la dissémination des gommes, de leur indolence, de l'absence d'antécédents syphilitiques et de signes actuels de tuberculose, nous faisons le diagnostic clinique de sporotrichose.

La ponction d'un des nodules thoraciques et du nodule intra-musculaire nous fournit un pus dont l'ensemencement sur milieu approprié donna au bout de huit jours un résultat positif pour tous les tubes.

Le 28 mars le malade nous dit que depuis quelques jours il ressent des douleurs, d'ailleurs peu vives, au niveau de la face externe de la cuisse droite et du bord interne du pied droit.

L'examen montre qu'au-dessous de la forte aponévrose du fascia lata se trouve un noyau allongé intra-musculaire de la grosseur du fruit d'une petite amande.

D'autre part au niveau du bord interne du pied droit et remontant en haut, en arrière et surtout en avant de la malléole interne on voit et on sent un empâtement peu considérable, profond, sans modification de la peau, peu

douloureux à la pression, mais suffisamment sensible pour gêner considérablement la marche.

Depuis le début d'avril, le malade est soumis à l'iodure de potassium à l'intérieur, mais il existe une intolérace absolue vis-à-vis de ce médicament, dont la moindre dose provoque du coryza, de l'épistaxis, du larmoiement, de la pharyngite, de la céphalée, en sorte qu'on est obligé de suspendre l'application. Après quelques jours de repos, on prescrit la teinture d'iode à la dose moyenne de vingt gouttes par jour.

Le 4 mai, la gomme suppurée du biceps a sensiblement diminué de volume : celle de la face externe de la cuisse est à peine appréciable; quant aux autres lésions du thorax, de l'abdomen et du pied, elles n'ont pas subi encore de modifications notables.

Depuis lors, et malgré la persistance du traitement par la teinture d'iode à l'intérieur, un certain nombre des lésions ont évolué de manière peu favorable; le processus suppuratif avec rougeur de la peau et menace d'ouverture a envahi la nodosité de la région abdominale.

Mais c'est surtout du côté du pied droit que les altéra tions se sont particulièrement accentuées .

L'empâtement profond s'étend peu à peu sur une longueur de 10 à 12 centimètres, en suivant exactement le trajet des tendons fléchisseurs de la gouttière calcanéenne interne ; une douleur spontanée de plus en plus marquée immobilise le malade au lit , la marche est devenue absolument impossible ; la pression profonde est intolérable. De même on détermine une douleur des plus vives par l'hyperextension du gros orteil.

Des ponctions sont faites à plusieurs reprises, au début du

mois de mai, en pleine zone empâtée sans qu'on retire aucune goutte de liquide.

Puis nous vîmes peu à peu le foyer inflammatoire se condenser, se localiser, bomber au niveau de l'interligne astragalo-scaphoïdien, au-dessous et en arrière du tubercule du scaphoïde ; la peau rougit ensuite tandis qu'une fluctuation profonde devenait perceptible ; une ponction, pratiquée le 12 mai, nous donne 0 cmc. 500 de pus bien lié, homogène, épais de couleur jaune paille.

L'ensemencement de ce pus sur milieu approprié donne au bout de sept jours des résultats positifs.

Depuis une quinzaine de jours, le processus inflammatoire s'est diffusé à toute la région interne du cou-de-pied ; on notait un œdème mou, remontant d'une part jusque sur la face interne du tibia, sur une hauteur de 6 à 9 centimètres, et d'autre part débordant sur la face interne du calcanéum : toutes ces régions étaient douloureuses à la pression. Aujour d'hui même la peau, rouge, amincie, s'est ouverte pour donner issue au pus par un orifice fistuleux.

Il n'est évidemment plus possible aujourd'hui de déterminer le point de départ de ces lésions du pied ; nous croyons toutefois, en nous rappelant le siège précis du premier empâtement, en constatant l'intégrité absolue et l'indolence des mouvements des articulations tibio-tarsiennes et médio-tarsiennes, qu'il est impossible d'invoquer une origine articulaire. Serait-elle osseuse ? Des radiographies faites par M. Infroit ne nous ont rien permis de constater au niveau du squelette du pied et l'exploration au stylet ne nous fournit aucune sensation de dénudation osseuse. Nous pensons donc bien plutôt que les *lésions sporotrichosiques sont nées pro-*

fondément dans les gaînes synoviales de la région, ou tout au moins dans leur extrême voisinage, en tous cas bien plus profondément que l'hypoderme, qui n'a été atteint, comme la peau elle-même, que dans le développement progressif de la collection purulente.

Devant l'échec de la cure par la teinture d'iode à l'intérieur, devant l'intolérance du malade à l'iodure de potassium qui s'est à nouveau confirmée ces jours-ci, nous allons le traiter par des injections intra-musculaires de Lipiodol, combinées à des injections dans les cavités gommeuses de liqueur de Gram ou de Lugol.

Nous avons pratiqué, sur les lésions de ce malade, quelques recherches de laboratoire, confirmatives d'ailleurs de celles qui ont déjà été publiées.

Cultures. — Les ensemencements effectués sur milieux de Sabouraud (gélose lactosée, gélose maltosée) avec le pus préservé par ponction de la gomme du biceps, d'une des gommes thoraciques, de la gomme du pied, nous ont donné au bout de huit jours, les tubes restant non capuchonnés et laissés en dehors de l'étude, d'abondantes cultures de sporotrichum Beurmanni.

Quinze jours après son entrée à l'hôpital, le malade ayant présenté une légère pharyngite nous avons ensemencé six tubes avec des mucosités de la gorge, tous ces ensemencements sont restés négatifs ; de même ceux qu'on pratiqua avec des crachats.

Examen du pus. — Le pus a une couleur gris jaunâtre : il est homogène, de consistance très visqueuse ; il s'étale bien sur lame. Après fixation au liquide de Dominici et coloration à l'éosine orange, au bleu polychrome, on voit

qu'il est essentiellement constitué par des polynucléaires neutrophiles, dont certains sont en dégénérescence piknotique. On trouve en outre un nombre assez considérable de *polynucléaires éosinophiles*, reconnaissable à la coloration et au volume de leurs granulations ; enfin on voit quelques macrophages dans les protaplasma desquels se trouvent inclus quelques débris cellulaires. Dans le champ des préparations nous avons trouvé des éléments allongés en *navette*, basophiles, entourés d'un halo clair et qu'il nous paraît légitime de considérer comme le parasite lui-même.

Examem du sang :

Numération quantitative :

Globules rouges.....	4.030.000
Globules blancs.....	6.800

Pourcentage qualitatif de globules blancs :

Polynucléaires neutrophiles...	68
— éosinophiles....	2
Grands mononucléaires.....	11
Moyens et petits mononucléaires	19

Biopsie du nodule de la région lombaire. — La pièce enlevée en totalité à la stovaïne a le volume d'une noisette ; le centre est rempli d'une petite quantité de pus ; la paroi est gris jaunâtre, épaisse d'environ un demi centimètre. Ses limites d'ailleurs sont imprécises, car la périphérie de la lésion se confond insensiblement avec le tissu sain. Fixation au liquide de Dominici, coloration à l'éosine bleu polychrome, à l'hématéine éosine, à l'hématéine Van Giesen, au bleu polychrome.

A un faible grossissement on constate que l'infiltration

inflammatoire siège très exactement dans le tissu cellulaire hypodermique.

Elle est constituée par un grand nombre de cellules pressées les unes contre les autres, formant ainsi une large zone légèrement opaque.

Vers le centre de la cavité la masse prend même un aspect puriforme.

La zône enflammée est parcourue par de très nombreux vaisseaux dilatés, gorgés de globules rouges et entourés d'un manchon inflammatoire plus dense. Les volumineuses vésicules graisseuses de l'hypoderme subsistent en certains points de la zone inflammatoire, unies les unes aux autres par d'épaisses travées cellulaires.

A la périphérie le nodule se trouve limité par le tissu conjonctif voisin refoulé ; mais entre les lames conjonctives s'insinuent de place en place des traînées cellulaires, en sorte qu'il n'y a pas à proprement parler de limitation précise, d'enkystement du nodule.

En résumé, on peut ainsi distinguer à la lésion une zone centrale peu étendue en voie de ramollissement et une périphérique large extensive.

A l'immersion la portion externe présente un très grand nombre de cellules à noyaux ovoïdes à protoplasma légèrement acidophile, appartenant au type épithélioïde.

Autour de ces éléments et des amas qu'ils forment, se voient des lymphocytes et de très nombreuses plasmazellen dont certaines ont un noyau double. Ces éléments extrêmement nombreux constituent une partie très importante de la lésion. A la périphérie de cette zone, on distingue des amas de cellules épithelioïdes centrées par de belles cellules géan-

tes dont le protoplasma acidophile contient une couronne de quatorze à vingt noyaux.

Plus en dehors encore, on constate une inflammation du tissu conjonctif fixe, se traduisant par la desquamation des cellules, l'augmentation du volume du noyau et la vacuolisation du protoplasma.

Dans la même région on constate enfin la présence de nombreux polynucléaires éosinophiles.

La portion centrale qui est en voie de ramollissement ne présente nullement un processus de caséification ; il s'agit au contraire d'une suppuration franche caractérisée par un afflux de polynucléaires neutrophiles et la désintégration des éléments précédemment énumérés : il ne nous a pas été possible de reconnaître sur les coupes avec certitude des éléments parasitaires, en raison du grand nombre de débris cellulaires.

Inoculations. — Deux souris blanches ont été inoculées le 1er avril avec du pus de l'abcès du biceps ; chacune en a reçu environ deux gouttes sous la peau du dos. Consécutivement elles ont l'une et l'autre présenté un gros abcès sous-cutané qui eut d'abord une consistance très dure, puis s'est ramolli lentement et s'est enfin ouvert spontanément au bout de quatre semaines laissant écouler un pus dont les frottis montraient de nombreux et très caractéristiques formes parasitaires.

CONCLUSIONS

La sporotrichose est une maladie spécifique d'origine mycosique commune à l'homme et aux animaux ; considérée tout d'abord comme extrêmement rare chez l'homme elle apparaît maintenant comme relativement commune.

Les localisations les plus habituelles de la sporotrichose sont tégumentaires. De toutes les déterminations cutanées la forme nodulaire hypodermique est la plus fréquente.

Les localisations topographiques, le nombre, les modes d'évolution du nodule hypodermique sont variables et permettent de distinguer à cette détermination plusieurs formes cliniques (formes à grands abcès, forme gommeuse disséminée, forme gommeuse lymphangitique, forme ulcéreuse).

Le mode de dissémination de l'infection commande ses modalités cliniques : il se fait par les capillaires lymphatiques dans la forme lymphangitique gommeuse ; par la voie sanguine dans la forme disséminée.

Cliniquement le diagnostic se pose tout particulièrement avec les manifestations de la syphilis tertiaire gommeuse et de la tuberculose cutanée.

Les présomptions de diagnostic données par l'analyse des caractères cliniques doivent être confirmées par des recherches de laboratoire, la méthode de choix consistant dans les cultures du pus aseptiquement recueilli.

L'iodure de potassium dans tous les cas observés a eu une action curatrice régulièrement constante.

Vu : le Doyen
LANDOUZY

Vu : Le Président de la thèse
RECLUS

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Schenk. — On refractory subcutaneous abcesses caused by fongus possibly related to the sporothrix. Johns Hopkins Hospital medical Bulletin, 1898, p. 268.

Brayton. — Chronic abcess. Indianopolis medical Journal, 1899.

Hektoen et Perkins. — Refractory subcutaneous abcesses caused by sporothrix Schenkii. A new pathogenic fongus. Journal of experimental medicine 1900. Journal of the Boston Society of medical sciences, 1900.

De Beurman et *Ramond.* — Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie, 1903, p. 678.

Motruchot et *Ramond.* — Comptes rendus de la Société de Biologie, 4 novembre 1905, t. LIX, p. 379.

Dor. — Abcès sous-cutanés multiples. Presse médicale, 14 avril 1906

Nattan-Larrier et Lœper. — Un cas de mycose hypodermique généralisée. Les Cliniques médicales de l'Hôtel-Dieu, 1906.

De Beurmann et Gougerot. — Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie, 1908.

Gougerot. — Tribune médicale, 26 janvier et 2 février 1907. Mycoses sous-cutanées.

De Beurmann et *Gougerot*. — Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie, 1907.

— Société médicale des Hôpitaux, 1907.

— Bulletins de la Société française de Dermatologie, 1907.

— Presse médicale, 31 juillet 1907.

— Congrès français de Médecine. Paris, 1907.

Danlos, *Deroye* et *Gougerot*. — Société française de Dermatologie etSyphiligraphie, 1907, p. 19.

Lesné et *Monier-Vinard*. — Société médicale des Hôpitaux, 1907, p. 268.

— Revue de Médecine 1907.

Monier-Vinard. — Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie, 1907.

— Société médicale des Hôpitaux, 1907.

Rubens-Duval et *Fage*. — Société médicale des Hôpitaux, 1907.

Laubry et *Esmein*. — Société médicale des Hôpitaux, 1907.

Gaucher. — Gazette des Hôpitaux, 13 juin 1907.

— Société de Dermatologie, 1907.

Peltier. — Sporotrichose gommeuse disséminée. Thèse de Paris, 1907.

Demoulin et *Rubens-Duval*. — Gazette des Hôpitaux, 13 août 1907.

Rubens-Duval et Monier-Vinard. — Société médicale, 1907.

Ravaut et *Civatte*. — Congrès français de Médecine. Paris, 14-16 octobre 1907.

Brissaud et *Rathery*. — Congrès français de Médecine. Paris, 14-16 octobre 1907.

Dominici et *Rubens-Duval.* — Société médicale des Hôpitaux, 1907, p. 1055.

Brodier et *Gastou.* — Société médicale des Hôpitaux, 1907.

Bonnet. — Annales de Dermatologie, 1907, p. 680.

Danlos et *Blanc.* — Société médicale des Hôpitaux, 1907.

De Beurmann, Gougerot et *Vaucher.* — Société médicale des Hôpitaux, 1907.

De Massary, Doury et *Monier-Vinard.* — Société médicale des Hôpitaux, 1907.

Pedro-Balina et *Maro del Pont.* — Comptes rendus de la « Societad Dermatologica Argentina » publiés dans l'Argentina medica, 1907, Buenos Ayres.

V. Greco. — « Argentina medica » 1907 : sporotrichosis linfantigica nodular vegetante. Buenos-Ayres.

Lutz et *Splendore,* — Sobre una mycose observada em Homens e Ratos : « Revista medica » de São Paulo Brésil, 1907, 60 pp., 4 planches.

Rubens-Duval et *Monier-Vinard.* — « La sporotrichose » Journal « la Clinique » du 7 février 1908.

Gaucher et *Louste.* — Société de Dermatologie et de Syphiligraphie, mars 1908.

Letulle et *Debré.* — Société médicale des Hôpitaux, mars 1908.

Balzer et *Galup.* — Société de Dermatologie et de Syphiligraphie, avril 1908.

Gaucher et *Fouquet.* — Société de Dermatologie et de Syphiligraphie, mai 1908.

Milian. — Diagnostic clinique des gommes. Progrès médical, 16 mai 1908.

De Beurmann et *Gougerot*. — Sporotrichose américaine. Société médicale des Hôpitaux, mai 1908.

De Beurmann, *Gougerot* et *Vaucher*. — Société médicale des Hôpitaux, mai 1908.

Fage (A.). — Sur un cas de sporotrichose. Progrès médical, 23 mai 1908.

Gougerot et *Caraven*. — Sporotrichose spontanée du chien. Gommes hypodermiques, péritonite granuleuse et gommes hépatiques. Presse médicale, 24 mai 1908

Morax et *Carlotti*. — Un cas de sporotrichose palpébrale à forme lymphatique. Société d'Ophtalmologie de Paris. Séance du 2 juin 1908.

Chadzinzki et *Druelle*. — Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie, juin 1908.

Sicard, *Bith* et *Gougerot*. — Sporotrichose osseuse du tibia. Société médicale des Hôpitaux, juin 1908.

Fage (A.). — Gomme sporotrichosique périostée avec périostose du tibia. Société médicale des Hôpitaux, juin 1908.

Hudelo et *Monier-Vinard*. — Deux cas de sporotrichose. (Localisations hypodermiques, intra-musculaires et probablement synoviales). Société médicale des Hôpitaux, juin 1908.

Widal (P.) et *Weill*. — Sporotrichose gommeuse disséminée à noyaux très confluents. Gomme sous-périostée du tibia. Présence du parasite dans le sang. Société médicale des Hôpitaux, juin 1908.

Widal (F.) et *Abrami* (P.). — Séro-diagnostic de la sporotrichose par la sporo-agglutination. Société médicale des Hôpitaux, juin 1908.

Sicard et Descomps. — Sporotrichose à type gommeux symétrique. Sporo-agglutination positive. Société médicale des hôpitaux, juin 1908.

Imp. de la Faculté de Médecine Henri Jouve, 15, rue Racine, Paris.